

（表）

市営住宅入居申込書

受付番号

令和5年 月 日

（宛先）鎌倉市長

住所.....

申込者（ふりがな）

氏名.....

電話.....（ ）.....

次のとおり申し込めます。なお、本申込に関して、入居資格等を確認するため必要な範囲において、市が保有する個人情報を利用することに同意します。

申込区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯（人数条件なし）	<input type="checkbox"/> 一般世帯（2人以上の世帯）	<input type="checkbox"/> 子育て世帯
	<input type="checkbox"/> 高齢者単身世帯	<input type="checkbox"/> 高齢者2人世帯	<input type="checkbox"/> 身体障害者単身世帯
	<input type="checkbox"/> 身体障害者同居世帯（3人以上）		

申込住宅	月収	円
------	----	---

世帯	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 戦傷病者世帯	<input type="checkbox"/> 原爆被爆者世帯	<input type="checkbox"/> 海外引揚者世帯
	<input type="checkbox"/> ハンセン病療養所入所者等世帯	<input type="checkbox"/> 未就学児子育て世帯		
	<input type="checkbox"/> 障害者世帯 （ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族）	<input type="checkbox"/> 身体障害者（ 級）	<input type="checkbox"/> 精神障害者（ 級）	<input type="checkbox"/> 知的障害者（ <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度）
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者世帯		<input type="checkbox"/> 配偶者暴力被害者世帯	
	<input type="checkbox"/> 一般世帯（上記以外の世帯）			

申込者	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	市内居住開始日	年 月 日（居住年数 年）				
	年間総収入	円				
	勤務先等	名称	電話（ ） 内線			
		所在地				
勤務開始日	年 月 日					

同居しようとする家族	（ふりがな）氏名	続柄	生年月日	年齢	勤務先又は学校名	年間総収入円	扶養の有・無	同居別居
			・	・			有無	同別
			・	・			有無	同別
			・	・			有無	同別
			・	・			有無	同別
			・	・			有無	同別

- （注）添付書類
- (1) 入居しようとする者全員の住民票の写し
 - (2) 収入を証する書類
 - (3) その他市長が必要と認める書類

(裏)

住 宅 困 窮 事 由	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 住宅以外の建物若しくは場所に居住し、又は保安上危険若しくは衛生上有害な状況にある。<input type="checkbox"/> 他人の世帯と同居して共同炊事又は共同便所である。<input type="checkbox"/> 部屋が狭すぎる。(1人平均3畳以下) 総畳数(板の間も含む) _____ 畳 1人平均畳数 _____ 畳<input type="checkbox"/> 家主から正当な理由のもとに立退請求を受けている。 (書類により、確認できること。)<input type="checkbox"/> 市外在住で、市内の勤務先までの通勤に片道2時間以上かかる。<input type="checkbox"/> 家賃が高すぎる。 (現在の家賃月額 _____ 円)<input type="checkbox"/> 住宅がないため親族(婚約者を含む)と同居することができない。<input type="checkbox"/> 上記のほか、明らかに住宅に困窮している。 <p style="text-align: center;">(困窮理由)</p>
世 帯 の 状 況 等	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 遠隔地扶養親族がいる。 氏名・住所 (_____)<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(5・6級)の交付を受けている者がいる。<input type="checkbox"/> 次の精神障害者がいる。<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の交付又は障害年金を受けている。<input type="checkbox"/> 上記ではないが、精神障害者支援施設に通っている。<input type="checkbox"/> 介護保険の要介護3以上に認定されている者がいる。<input type="checkbox"/> 神奈川県特定疾患医療給付実施要綱に規定する難病者がいる。<input type="checkbox"/> 20歳未満の子を扶養しているひとり親世帯である。<input type="checkbox"/> 直近の過去5年間(平成30年度から令和4年度まで)において、連続5回落選している。 (対象期間で、当選者又は補欠当選者となり、入居案内後に辞退等で入居をしなかった場合は対象外となります。)